

Inscription de la personne adhérente au dépôt direct des prestations soins de santé et dentaires

Saviez-vous que vous pouvez modifier à remplir de formulaire? Rendez-vous s	vos coordonnées sur <u>beneva.ca</u> .	s bancaires	directement dans I	Espace client sans avoir
Directives				
Remplir le formulaire La personne adhérente remplit :				
Section 1 – Identification de la personne adhé	rente			
Section 2 – Autorisation				
Section 3 – Signature				
Transmettre le formulaire 1. Par la poste : Beneva, C.P.11501, succ. Sain	te-Foy, Québec (Qu	ébec) G1V 0k	(1	
2. Par télécopieur : 1 877 210-9766				
Service à la clientèle : 1 888 235-0606				
Espace client (aide à la navigation) : 1 855 747	7-2233			
1. Identification de la personne	adhérente			
•				
Numéro de groupe/police Numéro de certificat/identifiant		Courriel		
The second of th				
Nom		Prénom		
Adresse (N°) Rue				App.
Ville	Province		Code postal	Téléphone
Inscription : A A A A A M M J J J	Modification : A A	AAM	M J J	
Date d'entrée en vigueur	Date d'	entrée en vig	ueur	
2 Autoriostica				
2. Autorisation				
Par la présente, j'autorise Beneva inc. à déposer Complétez ces informations bancaires, aucun effectué, nous vous enverrons un chèque.				dépôt ne pourrait être
1:00005m1231: 12345m123456m				
Numéro Numéro Numéro	Numéro de	Numéro de	Numéro du compte	
de succursale de l'institution du compte	succursale	l'institution		
3. Signature				
x				A
Signature de la personne adhérente				Date
4. Protection des renseigneme	nts personne	els		

Beneva vous rappelle qu'elle accorde une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. Pour en connaître davantage sur nos pratiques, nous vous invitons à consulter notre Énoncé de confidentialité au beneva.ca.